Ein Granulationstumor der Fibula.

Auszug aus einer Schrift

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

bei der

Medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität

vorgelegt von

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Bruno Neuber.

Breslau 1920.

Druck von Otto Gutsmann, Breslau, Schuhbrücke 32.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität.

Berichterstatter:
Geh. Rat Professor Dr. Küttner.

Nach Virchows Lehre bildet sich die Geschwulst durch Proliferation eines Muttergewebes und erfährt erst nach einem Stadium des indifferenten Granulationsgewebes ihre Differenzierung. Er bezeichnete die scharfe Trennung zwischen Geschwulst und der sogenannten entzündlichen Gewebsneubildung als unvollziehbar. Später nahmen die Autoren einen mehr vermittelnden Standpunkt ein. Man muß aber zugeben, daß im gegebenen Fall auch auf Grund einer Probeexzision die scharfe Trennung von sarkomatöser Bildung, umschriebener entzündlicher Wucherung, infektiöser Granulationsgeschwulst oder Syphilom sehr schwer, ja unmöglich sein kann.

Auch unser Fall, ein Granulationstumor der Fibula, zeigt recht eindringlich die Schwierigkeiten einer Diagnosestellung, selbst auf Grund einer genauen mikroskopischen Untersuchung des ganzen exzidierten Tumors. Es handelt sich um eine 49jährige Frau A. W. Die Familienanamnese ergibt nichts Besonderes. Nach der letzten Entbindung im Jahre 1900 bekam die Patientin eine Eiterung am linken, inneren Knöchel. Seit dieser Zeit traten verschiedentlich Eiterungen am linken Unterschenkel auf, deren Herde zur jetzigen Größe zusammenflossen. Es besteht etwa 8 cm oberhalb des Malleolus externus ein ungefähr zweihandtellergroßes Ulcus an der lateralen Seite, das in ein kleineres Ulcus an der medialen Seite übergeht. Die Oberfläche besteht aus granulierendem, schmutzig grauem Gewebe. Am 6. März 1919 Probeexzision. Am 7. März Wassermannsche Reaktion negativ. Das Röntgenbild zeigt zackige, höckrige periostale Verdickungen der Fibula in ihrer ganzen Länge. Am 15. März wird der Tumor nebst einer oberflächlichen Lage der Fibula bis in die intakte Haut abgetragen. Der Tumor ist auf dem Durchschnitt speckig weiß und fühlt sich recht derb an. Der Musculus peronaeus longus geht teilweise im Tumor auf und ist in weißes, derbes, sehniges Bindegewebe umgewandelt. Die oberste Schicht des Tumors besteht aus Fibrinniederschlägen mit zahlreichen Lymphozyten und polynukleären Leukozyten. Nach der Tiefe zu Granulationsgewebe mit spindeligen Zellen und zahlreichen Rundzellenanhäufungen. Sehr reichliche Gefäßneubildung. In innigem Kontakt mit den Gefäßen stehen herdweise Anhäufungen von Plasmazellen. Die Gefäßwände der kleinen Arterien und Venen

zeigen deutliche Intimawucherungen, die an manchen Stellen bis zur Endarteriitis obliterans vorgeschritten sind. Nach der Tiefe zu geht das Granulationsgewebe in zell- und gefäßarmes, fester gefügtes Bindegewebe über. Das Granulationsgewebe dringt auch unter das Periost und in die Haversschen Kanäle ein. Kurze, grampositive Stäbchen sind nur nahe der Oberfläche sehr spärlich nachzuweisen.

Gegen eine sarkomatöse Neubildung und eine tuberkulöse Granulationsgeschwulst spricht der histologische Befund. Die starken, nächtlichen Schmerzen in den Unterschenkeln, die fast ein Jahr anhaltende Verzögerung der Wundheilung nach der Operation, die periostalen Knochenverdickungen und die Endarteriitis obliterans ließen mich trotz negativer Wassermannscher Reaktion an eine syphilitische Genese denken. Auf Grund der Morphologie und der Histologie allein war es aber nicht möglich, eine Differentialdiagnose zwischen unspezifischem und syphilitischem Granulationsgewebe zu stellen. Ich verordnete daher der Frau Jodkali 10,0/200,0. Nach drei Flaschen bekam sie eine Jodakne. Auch nach der fünften Flasche keinerlei Besserung. Nochmalige Wa-R. negativ.

Von ausschlaggebender Bedeutung ist in diesem Fall das Fehlen jeglicher Heilungstendenz nach Jodkalibehandlung, die in der chirurgischen Universitätsklinik noch ohne Erfolg fortgesetzt wurde. Dies bestimmte mich dazu, den Granulationstumor als eine unspezifische Granulationsgeschwulst aufzufassen, die auf Grund der bestehenden Unterschenkelgeschwüre durch eine schleichende Infektion und einen langsam verlaufenden Entzündungsprozeß entstanden ist.

Vielleicht wäre es möglich, mit Hilfe der vitalen Eiweißreaktionen und dem weiter auszubauenden Nachweis von Immunkörpern, die der erkrankte Körper im Kampfe gegen den später nicht mehr nachweisbaren Erreger gebildet hat, der Ätiologie näher zu kommen. Die Tatsache, daß im Normalserum gesunder Menschen als Folge der oft eintretenden staphylomykotischen Infektionen die Immunkörper gegen die Traubenkokken schon in reichem Maße vorhanden sind, bedeutet für die Diagnose einen großen Nachteil, weil der Unterschied zwischen den normal vorhandenen und den durch die Infektion dazukommenden Antikörpern zu klein ist. Trotzdem muß versucht werden, auf diesem Wege weiterzukommen, weil die Morphologie und Histologie wenig Aussichten bietet, mehr Licht in die noch lückenhaften Begriffe der Granulationsgeschwülste zu bringen.